



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Tema: Hvordan kan miljøterapeutiske tilnærminger i et selvpsykologisk perspektiv bidra til å redusere maktbruk overfor utagerende pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern?

Annette Saunes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 32

Molde, 18.04.2012



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Kjellaug Myklebust

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 16.04.2012

Antall ord: 8521

Sammendrag

Jeg har flere ganger reflektert over de ulike miljøterapeutiske tilnærminger helsepersonal utfører overfor pasientene, og da spesielt pasienter med aggresjonsproblematikk. Noen tilnærminger har vært positive og gitt meg nye perspektiver, mens andre har vært negative og vanskelig å være vitne til. Personalets holdninger til denne pasientgruppen har jeg også opplevd som sneversynt til tider. Bruk av makt og tvang overfor pasienter med aggresjonsproblematikk er ofte nødvendig, men noen ganger kan den bli utført uten at personalet reflekterer over sine handlinger. Jeg har på bakgrunn av dette kommet fram til følgende problemstilling:

”Hvordan kan miljøterapeutiske tilnærminger i et selvpsykologisk perspektiv bidra til å redusere maktbruk overfor utagerende pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern?”

I teorien tar jeg for meg aggresjon, vold og sinne, miljøterapeutiske tilnærminger og selvpsykologi. Empirien tar for seg en ung gutt med aggresjonsproblematikk, Erik. Jeg beskriver to ulike situasjoner hvor Erik var utagerende og ble utsatt for maktbruk. I oppgavens diskusjon analyserer jeg begge situasjonene hver for seg, og drar frem positive og negative miljøterapeutiske tilnærminger i et selvpsykologisk perspektiv. Til slutt gir jeg et kort sammendrag av de to situasjonene, hvor det konkluderes med at gode miljøterapeutiske tilnærminger preget av adekvat inntoning og empati trolig vil bidra til å redusere bruk av makt. I konklusjonen kommer jeg også med forslag til videre forskning.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Introduksjon og problemstilling..... | 1 |
| 2.0 Teori | 3 |
| 2.1 Aggresjon, vold og sinne..... | 3 |
| 2.2 Miljøterapeutiske tilnærminger overfor utagerende pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern..... | 5 |
| 2.2.1 Makt | 6 |
| 2.2.2 Tvang..... | 7 |
| 2.3 Selvpsykologi | 8 |
| 2.3.1 Selvet og selvobjekter | 8 |
| 2.3.2 Empati og inntoning | 9 |
| 3.0 Empiri | 11 |
| 4.0 Diskusjon..... | 13 |
| 4.1 Personalet ”kjenner” pasienten..... | 13 |
| 4.2 Hva om det var meg? | 14 |
| 4.3 Er Erik aggressiv? | 16 |
| 4.4 Erik slår hull i veggen | 18 |
| 4.5 Ettersamtalen | 20 |
| 5.0 Sammendrag og konklusjon | 23 |
| 6.0 Referanser | 25 |

1.0 Introduksjon og problemstilling

I de årene jeg har jobbet i psykiatriske avdelinger har jeg flere ganger reflektert over hvor ulikt personalet oppfører seg i miljøet overfor pasientene, og hvordan væremåten overfor pasientene påvirker ulike situasjoner på godt og vondt. Miljøterapi er et tradisjonelt anvendt begrep i psykiatrien. Etisk, faglig og moralsk refleksjon i de daglige miljøterapeutiske tilnærmingene er etter min vurdering svært viktig for at miljøterapien skal oppleves meningsfull og nyttig for alle involverte. I en forelesning under videreutdanningen var det noen som uttalte at all miljøterapi er miljøarbeid, men ikke alt miljøarbeid er miljøterapi. Dette ser jeg i sammenheng med at jeg flere ganger har opplevd kommunikasjon og handlinger i miljøarbeid som ikke har vært terapeutisk, i den forstand at personalet ikke har vist forståelse for den andres ståsted. Miljøterapi kan ifølge Solfrid Vatne (2006) være et diffust begrep, og det foreligger lite publisert forskning på dette feltet. Selvpsykologi har fokus på empati og inntoning, noe som jeg anser som vesentlig i vårt arbeid innenfor psykisk helsevern. Ekstra sårbare er ofte de som er innlagt mot egen vilje, under tvunget psykisk helsevern. Hvordan vi kommuniserer eller utøver den makten vi som helsepersonell innehar, påvirker pasientenes oppfatning av å bli ivaretatt på en respektfull og empatisk måte i en svært sårbar situasjon. Dette kan bli ekstra utfordrende for helsepersonell dersom de føler seg truet av pasienten eller blir offer for aggresjon og vold. I en norsk studie fra 2007 kom det frem at nesten 50 % av alle pasienter innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling følte på krenkelse. Krenkelse ble opplevd i forbindelse med verbal og fysisk makt, og forsterket en eventuell følelse av underlegenhet eller mindreverd hos pasientene. Krenkelse opplevdes i mindre grad når personalet lyttet og svarte rasjonelt og forklarende på spørsmål. Konklusjonen av undersøkelsen var at fysisk og verbal maktbruk burde reduseres mest mulig i en innleggelsesprosess, og at en respektfull kommunikasjon overfor pasienter som ble innlagt mot sin vilje reduserte følelse av krenkelse betraktelig (Svindseth, Dahl og Hatling 2007). De siste årene har tvang innenfor psykisk helsevern vært et mye omdiskutert tema, både innenfor fagfeltet og i mediene, og det er ”en het potet” innen forskning. I 2010 deltok jeg på en konferanse angående forskning på tvang. Denne konferansen ble ledet av Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, som ble opprettet i 2008. Det har blitt forsket lite på tvang i Norge, og det er derfor igangsatt en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern for å øke kunnskapsbehovet

om bruk av tvang (tvangsforskning.no). Med bakgrunn i egne erfaringer, samt den økte fokus på tvang innen psykisk helsevern, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan miljøterapeutiske tilnærminger i et selvpsykologisk perspektiv bidra til å redusere maktbruk overfor utagerende pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern?”

Stål Bjørkly (1997) definerer aggresjon som atferd med intensjon om å påføre fysisk skade på et annet individ. Dersom intensjonen er å påføre alvorlig fysisk skade, omtaler han det som vold. Bjørkly har altså en definisjon på aggresjon og vold som ikke inkluderer verbale trusler, og det er denne definisjonen av aggresjon og vold jeg viser til i denne oppgaven når jeg omtaler pasienter med utagerende atferd. Videre vil jeg omtale tvang og makt om hverandre i diskusjonen, da jeg anser tvang som en form for maktbruk.

2.0 Teori

I oppgavens teoridel tar jeg først for meg aggresjon, vold og sinne som tema. Her vil jeg spesielt bevisstgjøre skillet mellom de tre, noe som jeg anser som spesielt viktig i arbeidet med utagerende pasienter. Videre tar jeg for meg miljøterapeutiske tilnærminger som jeg anser som relevante for akkurat denne gruppen pasienter. Makt, tvang og grensesetting synes jeg faller naturlig inn under miljøterapeutiske tilnærminger, og vil derfor bli belyst her. Empati og inntoning anser jeg som grunnleggende i vår samhandling med andre, og jeg har derfor valgt selvpsykologi som psykoterapeutisk perspektiv. Empati er selve kjernen i selvpsykologien.

2.1 Aggresjon, vold og sinne

Aggresjon og vold er begreper som knytter til seg sterke negative assosiasjoner som f. eks. lidelse, nedverdiggelse, styrke og svakhet, makt og avmakt. Å være offer for aggresjon eller vold kan gi store negative reaksjoner både fysisk, følelsesmessig og sosialt (Bjørkly 1997).

Bjørkly (1997) har, som nevnt under problemformuleringen, en egen definisjon på aggresjon og vold som ikke innbefatter trusler. Denne definisjonen skiller seg ut fra definisjoner på aggresjon og vold som jeg har funnet i annen litteratur, da disse har inkludert trusler som en del av aggresjonsdefinisjonen. Videre er ikke skade på døde gjenstander, som for eksempel det å slå hull i en vegg, definert som aggresjon eller vold av Bjørkly. Aggresjon og aggressiv atferd kjennetegnes altså av et vidt spekter av atferd som er innrettet på å skade et menneske fysisk, og vold er ansett som undergruppen av aggresjonsdefinisjonen hvor den ”groveste” aggresjonen faller innunder (Bjørkly 1997).

Når man arbeider med aggresjonsproblematikk er det svært viktig at de som samarbeider om behandlingen av pasienter med slik problematikk har de samme referanserammene og forståelsesmåten for hva aggresjon og vold er. Behandling av pasienter med aggressiv atferd er svært utfordrende, og stiller krav til personalet angående selvkontroll, tåleevne og analytisk presisjon. De subjektive forsvarsreaksjonene på aggresjon og vold kan lett stå i veien for gode faglige og analytiske vurderinger i behandlingen, og teoretisk kunnskap og analytisk kyndighet er derfor svært vesentlig i arbeidet med utagerende pasienter. Følelser

som angst, frykt og sinne er subjektive opplevelser som kan oppstå i samhandling med aggressive pasienter, og derfor viktig å være seg bevisst (Bjørkly (1997)).

I analyser av aggresjonsmotiv hos voldsmenn fremkommer det ulike mekanismer og faktorer som opprettholder den aggressive atferden. Noen utøver aggresjon som følge av opplevelse av fornærmelser eller av å bli nedvurdert, grunnet lavt selvbilde, mens andre styres av at deres behov må tilfredsstilles umiddelbart. Noen har fått sin status gjennom å være aggressiv, noen er aggressive grunnet frykt for at andre skal skade dem, og noen er rett og slett ”sadistiske bøller” som nyter aggresjonshandlingene. Disse faktorene knytter Bjørkly (1997) opp mot sårbarhet, som har en sentral rolle når det kommer til aggresjon. Sårbarhet vil i denne sammenhengen si situasjoner som øker risiko for at aggressiv atferd skal forekomme, som for eksempel ved grensesetting eller at pasienten er ruspåvirket. Slike sårbarhetssituasjoner er det derfor viktig å kartlegge for at personalet skal kunne vite i hvilke situasjoner pasienten har økt risiko for å utøve aggresjon (Bjørkly 1997).

Aggresjon kan ofte assosieres med negative følelser som sinne, og både aggresjon og sinne kan ifølge Bjørkly (1997) forstås som selvhevdelsesuttrykk. Også innen selvpsykologien blir aggresjon omtalt til å kunne være sunn selvhevdelse (Karterud og Monsen 2005). Bjørkly legger vekt på viktigheten av å skille mellom aggresjon og sinne i behandlingen av pasienter med aggressiv atferd. Sinne, ønske om å skade andre og negative følelser kan alle være en del av den uttrykte aggresjonen, men er ikke forutsetninger for aggressiv atferd. Det er viktig å ha en forståelse for at sinne ikke alltid ender i aggresjon, og at aggresjon kan utøves uten sinne. Bjørkly (2001) hevder at det viktigste skillet mellom aggresjon og sinne er at aggresjon er rettet på å skade et annet individ fysisk, mens sinne er en følelsesmessig reaksjon som ikke nødvendigvis har et bestemt mål. Det er store skiller for hva vi aksepterer som uttrykk for sinne og aggresjon. Vanligvis aksepteres sinne til et visst nivå, mens aggresjon i de fleste tilfeller er uakseptable. I behandlingen av aggressive pasienter er det spesielt viktig å skille mellom sinne og aggresjon. Felles for sinne og det meste av aggresjon er en sterk følelse av ubehag knyttet til uenighet, krenkelse, invadering osv. Det er person- og situasjonsavhengig hvilke konsekvenser dette ubehaget får. Når sinnet blir drivkraft i atferd rettet mot å skade andre, kan det omtales som aggressiv atferd (Bjørkly 1997).

2.2 Miljøterapeutiske tilnærminger overfor utagerende pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern

Klinikere har ifølge Solfrid Vatne (2006) ofte beskrevet miljøterapi som et diffust begrep, og helsepersonell kan ha vansker med å gjøre rede for hva miljøterapi innebærer. Vatne (2006) omtaler miljøterapi som rammer og tilnærningsmåter som fører til at pasienten får et bedre liv. Hun vektlegger omsorg, respekt, varme, tillit, empati og støtte i den miljøterapeutiske tilnærmingen. Hun påpeker også at det er viktig å strebe etter et lavt nivå av sinne og aggresjon, og at personalet gir pasientene motstand og utfordringer når det gjelder uhensiktsmessige oppfatninger og atferd. Bjørkly (1997) påpeker at behandling av aggresjon stiller strenge personlige og faglige krav til personalet når det gjelder miljøterapeutiske tilnærminger. En viktig utfordring vil være å lære pasienten alternative uttrykksmåter som kan ivareta selvhevdelse og selvbeskyttelse uten å ty til aggresjon. Her vektlegger Bjørkly (1997) viktigheten av at personalet klarer å skille mellom sinne og aggresjon.

Sikkerhet og trygghet er viktig både for pasienter og ansatte, og medfører krav til miljøets fysiske utforming i avdelingen, samt regler for atferd og samhandling. Miljøterapi skaper altså en beskyttelse og struktur gjennom trygge og forutsigbare omgivelser for pasienter og personale (Vatne 2006). I behandlingen av pasienter med aggresjonsproblematikk må det ifølge Bjørkly (1997) tilrettelegges for at pasienten kan bruke sosialt akseptable sinneuttrykk. Videre må personalet hjelpe pasienten til å forstå sammenhengen av aggresjonsutøvelse i sårbarhetssituasjoner for å kunne gi pasienten økt forståelse for egen sårbarhet og mulighet for alternative handlingsmåter. Ifølge Vatne (2006) må personalet gis mulighet til å utføre miljøterapeutiske tilnærminger med engasjement og en eksperimentell, aktiv og kreativ holdning. Det må med andre ord være rom for å vike fra regelsystemet i avdelingen og gå ”nye” veier. For å kunne ha en slik tilnærming er det viktig med refleksjon og planlegging for å se på hvilke relasjonserfaringer som kan fremme vekst og utvikling hos den enkelte pasient (Vatne, 2006). Bjørkly (1997) vektlegger også viktigheten av tillit mellom pasient og behandlingsmiljø, og at pasienten må føle tilhørighet til personalet. Pasienten må kunne samarbeide og være motivert, og etter hvert innse at aggresjon ikke er en nødvendig forutsetning for å løse et problem. Uten

slike relasjonsbetingelser vil de fleste tilnærminger ha liten eller ingen effekt, ifølge Bjørkly (1997).

Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning har ifølge Vatne (2006) utarbeidet en definisjon på miljøterapi. Definisjonen deres står godt til det Vatne og Bjørkly vektlegger i miljøterapeutiske tilnærminger. De hevder at miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. I tillegg vektlegger de fysiske rammer i miljøet (Vatne 2006).

2.2.1 Makt

Det psykiske helsevesenet har mulighet for å utøve makt og sosial kontroll, herunder tvang, overfor pasientene. Dette medfører stort ansvar med tanke på hvordan personalet utøver makten de innehar i form av egen atferd og kommunikasjon i samhandling med pasientene (Norvoll 2007).

Makt finnes i alle sosiale situasjoner hvor personer har motstridende interesser, og kan ha både positive og negative konsekvenser. Innenfor psykisk helsevern kan makt brukes positivt ved å forhindre pasienter i å påføre seg selv eller andre skade, men blir negativt når det fører til krenkelser av pasienten eller begrenser den enkeltes frihet eller autonomi i for stor grad. Man bør tilstrebe de positive sidene ved makt, og samtidig ha en kritisk og evaluerende holdning til mulighetene for at makt kan oppleves negativt (Norvoll 2007).

Kommunikasjon er selve grunnlaget i et maktforhold i sosiale relasjoner, og makt og avmakt kan være tilstede uavhengig av den andres personlige intensjoner. Maktutøvelsen kan derfor skille mellom intensjon og de faktiske konsekvenser av våre handlinger. Avmakt blir beskrevet som det å være i en situasjon hvor man ikke ser noen midler, utvei eller mulighet til å endre sin situasjon eller å motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv (Norvoll 2007). Bjørkly (1997) omtaler viktigheten av å være bevisst pasienters sårbarhet for aggresjon, og det å føle avmakt vil med stor sannsynlighet være en slik sårbarhetssituasjon. Dersom mulighetene for motstand er fraværende, endres maktrelasjonen til ren tvang (Norvoll 2007).

Makt og sosial kontroll kan være formell og åpen i form av nedskrevne lover og regler, eller uformell og skjult i form av for eksempel avdelingskultur og hverdagslig praksis. Det er svært viktig med en profesjonell utvikling av normer og verdier for at den uformelle makten ikke skal bli negativ. Et eksempel på skjult makt kan være grensesetting. Grensesetting er mye anvendt innenfor psykisk helsevern, og er i mange tilfeller nødvendig for å begrense aggressiv atferd. Grensesetting må utføres terapeutisk for at den skal ha hensikt, og sykepleier trenger derfor mye kunnskap, integritet og erfaring (Vatne 2006). Det er gjennom den skjulte makten pasienter oftest står i fare for å bli utsatt for ubetenksom eller krenkende oppførsel fra personalet. Måten makten blir utført på ovenfor pasientene er helt sentral for at de ikke skal oppleve unødige krenkelser. (Norvoll 2007).

2.2.2 Tvang

Psykisk helsevernlov setter som hovedkriterium for tvunget innleggelse at pasienten, etter legens vurdering, er alvorlig sinnslidende. I praksis kan det ofte være sammenfallende med å være psykotisk. En person kan bli tvangsinnlagt dersom det er stor sannsynlighet for at tilstanden vil forverres eller at han utgjør en fare for seg selv eller andre. Dette er tilleggskriterier hvor minst ett av dem må være tilstede, i tillegg til alvorlig sinnslidelse, for at personen skal bli tvangsinnlagt (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006).

I behandlingen av aggressive pasienter kan tvangsmidler anvendes ved behov, og de legitimeres ved målet om å skape et sikkert miljø for pasienter og ansatte. Tvangsmidlene er regulert i psykisk helsevernloven, og legitimeres av lege. Dersom en pasient er utagerende kan personalet bruke midler for å stoppe eller låse pasientens kropp ved fysisk å holde fast pasienten, legge han i bakken eller bruke mekaniske midler som belteseng. Videre kan personalet begrense pasientens valg og atferd i dagliglivet, ved for eksempel sosiale regler som avdelingens husregler, eller ved skjerming av pasienten i egen enhet (Vatne 2006). Psykisk helsevernloven (lovdata.no) har som forutsetning at mindre restriktive midler er prøvd ut før tvang blir tatt i bruk, eller at det eksisterer en nødsituasjon. Ifølge Bjørkly (forelesning 16.mars 2012) kan bruk av makt og tvang være aggresjonsfremmende og dermed øke risiko for at aggresjon skal forekomme. Denne sårbarheten for aggresjon er det derfor viktig at personalet er seg bevisst i utførelsen av tvang overfor pasienter med aggresjonsproblematikk.

2.3 Selvpsykologi

Den amerikanske psykoanalytiker Heinz Kohut og hans tilhengere stod for opprinnelsen til betegnelsen selvpsykologi på midten av 1970-tallet. Terapiens hensikt er selvutvikling; å restaurere selvet. Ifølge selvpsykologi er psykopatologi et resultat av traumatiserende livspåkjenninger og mangel på adekvate selvobjektopplevelser (Karterud og Monsen 2005).

2.3.1 Selvet og selvobjekter

Kohut omtaler selvet som tripolært, et dynamisk system med tre poler; det grandiose selvet, det tvillingsøkende selvet og det idealiserende selvet. Disse er igjen forankret i kjerneselvet, som er vårt sentrum i oss selv, det som gjør at vi føler eierskap, opprinnelse og sammenheng av egne emosjoner, tanker og handlinger. Kjerneselvet er særegent og atskilt fra andre, det er vår referanseramme om oss selv, og dannes i tidlig barndom. Det avgjør hvordan vi tenker om oss selv og andre, og ivaretar vår selvsammenheng og selvregulering (Haugsgjerd et al. 2009).

Selvobjekter står sentralt innenfor selvpsykologien, og er vesentlig for å opprettholde ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv. Et selvobjekt kan ikke veies eller måles, men er helhetlig subjektivt og en erfaring som ikke nødvendigvis er oss bevisst. Karterud og Monsen (2005) omtaler at selvobjekt er den betydningen eller funksjonen et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idétradisjon har for opprettholdelsen av vår følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv. I første rekke er selvobjekt andre personer som støtter opp om vår selvopplevelse. De er våre betydningsfulle andre. Et nærende selvobjekt gir opplevelse av sammenheng, vitalitet, kompetanse og trygghet. Et godt selvobjektsmiljø møter vårt behov for tilknytning, fellesskap og bekreftelse. Mangel på gode selvobjekt vil føre til en skjevutvikling, som igjen vil føre til fragmentering av selvet og forsøk på selvhelbredelse (Karterud og Monsen 2005).

Kohut omtaler som nevnt selvet som et dynamisk system med tre poler. Det grandiose selvet er sultent på oppmerksomhet og bekreftende svar fra omgivelsene. En har behov for å bli sett og møtt. Det er senteret for ens ambisjoner. Det grandiose selvet utvikler seg i

samspill med det speilende selvobjekt og ytterpunktene på polen går fra det selvunderkjennende til det grandiose.

Det idealiserende selvet inkluderer følelsen av å bli holdt oppe av noe større enn en selv, trygghet, tillit og det å kunne stole på noe. Det idealiserende selvet utvikler seg i samspill med det idealiserte selvobjekt. Det trenger å hente styrke fra noen eller noe. Den idealiserende polen har ytterpunkter i det å føle seg totalt hjelpetrengende, til å føle at man kan klare alt. Følelsen er subjektiv, slik en oppfatter seg selv. En kan samtidig være både et speilende og et idealiserende selvobjekt. Det tvillingsøkende selvet har behov for noen å identifisere seg med. Det utvikler seg i samspill med alter-ego selvobjekt. Den tvillingsøkende polen har ytterpunktene sine fra det å være avhengig til å være selvstendig, fra å føle samhørighet til å føle seg alene (Karterud og Monsen 2005).

Gjennom hele livet har vi et behov for å ha selvobjektsrelasjoner til andre, og det er en forutsetning for selvets vekst og modning. Gjennom våre selvobjektsrelasjoner vil vi kunne møte selvobjektssvikt; det å ikke bli forstått, besvart, tatt hensyn til av den andre. En slik svikt fra våre selvobjekter vil kunne føre til fragmentering. Kohut var også opptatt av det han omtalte som selvobjektsoverføringer, og er noe som utspiller seg i alle menneskelige forhold. Det er følelser og holdninger vi har til andre i dag som ikke ”passer” fordi de er ubevisste gjentakelser av reaksjonsmønstre overfor viktige personer tidligere i livet. De er rigide og feiltolker virkeligheten. Behov for viktige selvobjektopplevelser kan føre til at pasienten forsøker å få behandler eller personal til å oppføre seg på en bestemt måte ved speilende, idealiserende eller alter-ego overføring. Innenfor selvpsykologi er det viktig at overføringen får utfolde seg (Karterud og Monsen 2005).

2.3.2 Empati og inntoning

Kohut hevdet at det kun er gjennom empati vi får tilgang til den andres indre verden, og at empati derfor er selvpsykologiens viktigste observasjonsmåte. Alle former for kommunikasjon behøver empati for at partene ikke skal kommunisere forbi hverandre. Empati kan beskrives som evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg i den andres sko, det har en legende effekt og fører til at det uforståelige kan bli forståelig. Vi forstår mer av oss selv og andre mennesker, og hva som foregår i mellommenneskelige relasjoner dersom vi benytter empati som holdning og teoretisk rettesnor innen selvpsykologi.

Empatisk persepsjon er essensielt for å kunne lytte og forstå hva pasientene forsøker å formidle (Karterud og Monsen 2005).

Hermeneutikken har fokus på hvordan mennesker skaper forståelse eller oppfatninger av en situasjon, gjennom å være deltaker, og forutsetter en hermeneutisk fortolkning. I samhandlingssituasjoner er det viktig å forsøke å forstå hva som skjer, og hvorfor det skjer. Dersom en fortolker en persons handlinger kun ut fra det en selv observerer, vil en gå glipp av viktig informasjon. En kan ikke se hva den andre tenker, og kan derfor ta alvorlig feil i våre ”forforståelser”. Vi ender med å se pasienten fra et bestemt ståsted som vi har tilegnet oss i den tradisjonen vi befinner oss i. Det er derfor vesentlig at vi tilegner oss virkelig forståelse ved å inngå i dialog med pasienten basert på gjensidighet (Vatne 2006).

Forskeren Daniel Stern innførte begrepet inntoning i selvpsykologien. Affektiv inntoning vil si å stille seg inn på den andres følelsestilstand. Målet er at den andre skal oppleve inntoning som empatisk. Adekvat inntoning og opplevelse av å bli møtt med empati, er viktig for en sunn utvikling av kjerneselve. Vi er ikke alltid inntonet, det er noe vi må kontinuerlig jobbe med for å være. Gjensidig inntoning er relevant, og gir opplevelse av en felles verden. Likevel er det ikke alle vi klarer å inntone oss til. Selvpsykologien omtaler fire typer inntoning. Ved manglende inntoning får en ikke bekreftet sitt følelsesliv og kan miste sin tilhørighet og føle seg alene. Selektiv inntoning bekrefter visse typer følelser og ekskluderer andre, noe som kan føre til at en danner et falskt selv som utvikler seg knyttet til andres forventninger. Feilinntoning kan føre til at man mister evnen til å ha egne affekter, og danner et skjult selv fordi en trekker seg inn i seg selv i frykt for å bli fratatt sine egne følelsesmessige reaksjoner. Ved overinntoning opplever man invadering og at andre forsøker å overgå en selv. Daniel Stern hevdet at graden av gjensidig følelsesmessig utveksling er bestemmende for det indre univers som mennesket opplever (Karterud og Monsen 2005).

3.0 Empiri

Erik, en ung gutt med rusproblematikk, ADHD og gjentakende rusutløste psykoser, har flere ganger vært innlagt i to ulike avdelinger jeg har vært ansatt i. Han kan ofte oppleves truende, og har gjentatte ganger utagert både i form av fysisk vold mot personalet og slag/spark mot inventar.

Som person oppleves Erik svært usikker på seg selv, med liten tro på at han kan klare noe som helst. Han er gjentakende på å undervurdere og sykeliggjøre seg selv, og har ingen tro på at han kan få det bedre i livet sitt. Samtidig opplever jeg at han blomstrer når personalet gir han ros, og når personalet gir han muligheter for mestring. Han er svært ambivalent til å ønske hjelp fra helsepersonell.

I avdeling har jeg vært kontaktperson og ”primærkontakt” for Erik. I tillegg kjenner jeg han fra barndommen, og jeg opplever at dette er med på å styrke relasjonen vi har i avdelingen.

Jeg har opplevd at Erik har mottatt svært ulik miljøterapi gjennom utallige innleggelser. Jeg gjør her rede for to situasjoner som jeg var til stede i ved to ulike avdelinger.

Situasjon 1: Erik ankom avdelingen med følge av politi etter at moren hadde opplevd han som truende pga at han ikke fikk låne penger av henne. Han var synelig ruset, høylytt og verbalt truende. Han ble umiddelbart ført til skjermingsenheten hvor han ble beltelagt av personalet. Belteleggingen ble iverksatt uten at Erik hadde utført noen form for fysisk aggresjon eller vold, men ble forklart med at han ble opplevd verbalt truende og at han ved tidligere innleggelser ofte hadde utagert fysisk. Belteleggingen ble med andre ord igangsatt som forebyggende tiltak for en eventuell fysisk utagering. Erik ble liggende i belter gjennom natten, og ble morgenen etter beskrevet av nattevaktene til å være rolig og samarbeidsvillig. Likevel ble det vurdert dit at beltene ikke ble løsnet før etter legesamtale, da han trolig ville utagere når han fikk beskjed om at paragrafen om tvungen observasjon ville bli omgjort til tvungen innleggelse. Erik ble sint og truende da han fikk beskjeden av legen, og ble holdt i belter til påfølgende dag.

Situasjon 2: Erik skulle i samtale med legen, jeg fulgte med som hans kontaktperson for dagen. Han hadde ønske om permisjon, men fikk ikke innvilget ønsket sitt. Erik ble svært høylytt og brølte, før han stormet ut døren fra samtalerommet. På vei til eget rom sparket

han hull i veggen, og da miljøpersonalet korrigerter han gikk han til fysisk angrep på personalet. Han ble lagt i bakken av to personal, og holdt fast. Personalet spurte han så om han var rolig, og om han gikk på rommet uten noe ”tull” dersom de slapp han. Han svarte bekreftende på dette, personalet slapp han, og Erik gikk direkte til rommet sitt og lukket døren. Når situasjonen hadde roet seg hadde personalet som la han i bakken en ettersamtale med Erik, som jeg fulgte opp videre når de var ferdig.

Ved innleggelser ved den første avdelingen opplevde Erik stort sett alltid å bli beltelagt, og med tanke på at det var en annen type avdeling med andre rammer er det mulig at det var nødvendig. På den andre side ble antall beltelegginger nærmest lik null ved den andre avdelingen. Utageringer forekom til tider, men sjeldnere, og terskelen for beltelegging ble satt høyere. Her bemerkes det at dette var en avdeling som hadde rammer til å kunne håndtere utageringer.

4.0 Diskusjon

4.1 Personalet ”kjenner” pasienten

Den første situasjonen som er beskrevet i empirien er hentet fra en avdeling hvor jeg var nyansatt og uerfaren som sykepleier. Det var en av mine første vakter, og jeg gikk sammen med en sykepleier som hadde lang erfaring i denne avdelingen. I det vi fikk meldt at pasienten ville ankomme avdelingen, uttalte umiddelbart flere av personalet at vi kom til å måtte beltelegge pasienten. Jeg ble overrasket over at de kunne fastslå dette allerede før pasienten hadde ankommet, og stilte spørsmål ved dette. De begrunnet sin konklusjon med at pasienten ”alltid” var utagerende ved innkomst og at det var vanlig med beltelegging ved håndtering av denne pasienten.

Jeg fikk en oppfatning av at flere i personalgruppen anså pasienten som farlig, aggressiv og voldelig, og at de hadde gitt opp håpet om at de kunne få til et behandlingssamarbeid med ham. Jeg fikk også en følelse av at flere var redde for pasienten, selv om dette ikke ble uttrykt verbalt. Frykt for en pasient som tidligere har utagert i avdelingen kan være en naturlig reaksjon hos personalet, og være med på å forklare litt av holdningene de har til pasienten. Noen personal kan la trusler og utageringer ”prelle” av som en del av den daglige aktiviteten på jobb, mens andre kan ta psykisk skade av det i slik grad at det ender med sykemelding eller skifte av arbeidsplass. Vi er med andre ord svært ulike, og det er trolig ikke alle som er like egnet til å arbeide med pasienter med denne typen problematikk. Kanskje hadde det vært en fordel om personalet stoppet opp og reflekterte over egne følelser som oppstod i det pasienten ble meldt inn til avdelingen? Slik refleksjon kan ifølge Bjørkly (1997) hindre at de subjektive følelsene vi drar med oss inn i møtet med pasienten ikke blir stående i veien for gode og faglige vurderinger i den miljøterapeutiske tilnærmingen. Jeg opplevde at personalet allerede hadde dannet seg et bilde av hva som ville skje i avdelingen når denne pasienten ankom, og at de hadde sin forståelse av hvem pasienten var som person. Jeg fikk en oppfatning av at personalet hadde negative holdninger knyttet til denne pasienten, og det viste seg i etterkant at dette kom til å prege kommunikasjonen deres med pasienten.

I teorien har jeg tatt for meg begrepet hermeneutisk fortolkning, og dette kan knyttes opp mot denne situasjonen. Slik jeg oppfattet personalets omtale av denne pasienten, hadde de dannet seg en forståelse av pasienten basert på pasientens tidligere utageringer. Jeg

opplevde ikke at de var opptatt av hva som var pasientens egne motiv for handlingene hans, men hadde sin forforståelse om at pasienten bare var en aggressiv og vanskelig pasient som ikke var interessert i å motta deres hjelp. På den andre siden hadde jeg ikke erfaring med denne pasienten slik resten av personalet hadde. Det kan derfor være at jeg ikke hadde forståelse for virkningen han hadde på personalet med sin truende og aggressive atferd. Ifølge Norvoll (2007) vil personer med aggressiv atferd ofte skape en negativ holdning hos dem som omgås personen, som igjen er ødeleggende for en normal sosial samhandling.

4.2 Hva om det var meg?

Idet pasienten ankom avdelingen ble jeg litt i stuss over at det var Erik, en bekjent fra barndommen min, som var pasienten. Siden dette var en av mine første vakter, gikk jeg som nevnt sammen med en annen sykepleier og holdt meg litt i bakgrunnen og observerte. Den miljøterapeutiske tilnærmingen til Erik ble svært handlingsorientert i form av at de fokuserte på prosedyren angående beltelegging, og responderte lite på hans forsøk på kommunikasjon. Erik var høylytt og truet med å slå dersom noen kom nær ham. Jeg oppfattet at denne trusselen var reel, men at den også kunne være et resultat av situasjonen som var oppstått. Vi befant oss inne i gangen på skjermingsenheten, åtte personal stod i en halvsirkel rundt Erik som var trengt opp i et hjørne. Beltesengen stod inntil veggen like ved, klar til bruk. Røkenes og Hanssen (2006) omtaler dette som objektivisering av pasientene. En slik objektivisering fører til avstand fra mennesket det handler om, og ifølge Henriksen og Vetlesen (2001) fører dette til at "normale" moralske reaksjoner og opplevelser ikke oppstår. Erik ba om å få være i fred, og at han ville personalet skulle gå ut. Personalet responderte med å si at han skulle legge seg i beltesengen, hvis ikke måtte de "hjelpe" han oppi. Samtidig diskuterte personalet seg i mellom hvordan de skulle legge han i bakken. Empati er som nevnt et viktig begrep i selvpsykologien, og i denne situasjonen tviler jeg på at Erik opplevde personalet som empatiske. De lyttet ikke til han, overså han og behandlet han som et objekt som skulle legges i belter. Det er ifølge Karterud og Monsen (2005) den andre som bestemmer om vi er empatisk, og vi må anstrenge oss for å vektlegge empati. Gjennom empatisk persepsjon vil vi best være i stand til å ivareta pasientens behov. Vi vil da kunne sette oss i den andres sted, og føle på hvordan vi selv ville hatt det om rollene var byttet om. Hadde personalet satt seg selv i Erik sin situasjon, ville de kanskje brukt andre miljøterapeutiske tilnærminger i situasjonen

som gjorde at han følte seg sett og hørt. De kunne dempet fokuset på prosedyren for beltelegging og faktisk lyttet til hva han forsøkte å formidle, før de dro konklusjoner om at belteseng var eneste utvei. Personalet kunne valgt å gå ut, noe som også var Eriks ønske. Det å trekke seg ut av situasjonen kan ifølge Bjørkly (forelesning 16.mars 2012) være en måte å unngå aggresjon på. Personalet kunne også ha forsøkt å gjengi for Erik det de opplevde at han formidlet, ved for eksempel å spørre om han ønsket å være alene. Denne empatiske tilnærmingen vil ifølge Karterud og Monsen (2005) kunne gi pasienten en positiv erfaring av å bli lyttet til og forstått, noe som igjen vil oppleves som en bekreftelse som styrker pasientens selvfølelse.

I denne aktuelle situasjonen var det en mangel på inntoning fra personalet overfor Erik. De lyttet ikke til det han formidlet, og jeg mener de misbrukte makten sin ved å "true" med fysisk å legge han i beltesengen dersom han ikke gjorde det frivillig. Dette til tross for at Erik forsøkte å formidle at han ønsket at personalet trakk seg ut av situasjonen, noe som kunne vært en god strategi for å unngå en mulig utagering. Erik ville da bli hørt og bekreftet, og gitt en mulighet til å roe seg ned alene inne på skjermingsenheten. Det ville også blitt tatt hensyn til brukermedvirkning, da det var Eriks eget ønske i situasjonen. I stedet opplevde han trolig at han stod helt alene og uten støtte i denne situasjonen grunnet den manglende inntoningen fra personalet. Dersom personalet hadde klart å skifte oppmerksomhetsfokus fra Eriks atferd til hans motiv bak atferden, ville de kanskje klart å inntone seg adekvat og fått et annet utfall enn å ty til bruk av tvang med belteseng.

Ifølge Bjørkly (1997) er aggresjon en form for selvhevdelse, og i denne situasjonen var Erik trolig fratatt alle andre muligheter for det. Personalet kunne tilrettelagt for sunn selvhevdelse ved for eksempel å la Erik få lov å uttrykke sinne uten at dette ble tolket som aggresjon. De kunne anerkjent følelsene hans og spurt Erik om hvordan han opplevde situasjonen, og om det var noe personalet kunne gjøre for å unngå bruk av belteseng. Videre kunne personalet gjengi for Erik den kommunikasjonen som de fortolket, for å få tilbakemelding om de hadde forstått det Erik forsøkte å formidle til dem. Han kunne da fått følelsen av at personalet lyttet og var interessert i hva han prøvde å formidle, og det ville minsket sannsynligheten for at de misforstod noe i samhandlingen. I denne situasjonen ble ikke Erik møtt med adekvat inntoning eller empati. Spesielt med tanke på at de diskuterte hvordan de skulle legge han i bakken, som om han ikke var tilstede. Inntoningen til personalet var selektiv, da det kun ble respondert på det de oppfattet som aggressiv

fremtoning, og all annen kommunikasjon ble ignorert. Selektiv inntoning vil ifølge Karterud og Monsen (2005) kunne føre til at pasienten utvikler seg knyttet til andres forventninger. Det er derfor mulig at Erik, basert på tidligere erfaringer i avdelingen, anser aggresjon som eneste mulighet i samspillet med personalet. Ifølge Norvoll (2007) vil det gi en økt risiko for aggressiv atferd hos pasienten når de negative holdningene til personalet viser i samhandlingen. Dersom pasienten i tillegg opplever krenkelse eller avmakt, noe som Erik trolig gjorde i denne situasjonen, øker risikoen for aggresjon ytterligere. Ifølge Karterud og Monsen (2005) kan vi ha en tendens til å svare pasienter med oppfatninger som er preget av vår kunnskap og vår forståelse av hva som er best for pasienten, og ifølge Norvoll (2007) foreligger det en sannsynlighet for at pasienten kan integrere de negative reaksjonene fra personalet i sitt eget selvilde og utvikle en negativ selvidentitet.

4.3 Er Erik aggressiv?

Erik responderte ikke på personalets befalinger om å legge seg frivillig i beltesengen. Personalet la derfor Erik i bakken med makt, festet reimene når han lå på gulvet, løftet han opp i sengen og festet han. Erik forsøkte å motsette seg dette ved å slå og sparke, men ble raskt håndtert av personalet som var i overtall. Erik ble plassert inne på et rom i skjermingsenheten med åpen dør, og to personal satte seg i stoler rett utenfor døren med hver sin avis i fanget som de raskt satte øynene i. Resten av personalet trakk seg ut av skjermingsenheten.

Sykepleieren jeg gikk sammen med den dagen hadde tidligere fortalt meg at Erik gjentatte ganger var innlagt med rusutløst psykose. Hva om han var psykotisk ved denne innleggelsen også? I tilfelle var det ikke rart at han reagerte med trusler om å slå dersom noen kom nær ham. Erik var ruset og muligens psykotisk, og han hadde i denne forbindelse trolig mistet sin selvsammenheng. Motstand i form av aggresjon kan derfor ha vært Eriks forsøk på selvhevdelse. Hadde resten av personalet tenkt over dette i situasjonen? Det å trenge en pasient opp i et hjørne, omringe ham og kommandere han til ”frivillig” å legge seg i beltesengen er for meg et stort misbruk av den makten personalet besitter, og var trolig med på å fremme risiko for at aggresjon skulle forekomme. Var personalet bevisst pasientens sårbarhet for aggresjon i forbindelse med rus og en mulig psykose? Og hvem var det som bestemte at han var aggressiv? Det var en konklusjon

personalet hadde tatt allerede før han kom inn døren, med påfølgende bestemmelse om beltelegging. Han truet med å slå dersom noen kom nær ham, men var det aggresjon? Dette kunne like gjerne vært utsagn som bunnet i følelser som for eksempel frykt for at de skulle skade ham eller sinne grunnet krenkelse. Sinne er en følelse som har nær tilknytning til aggresjon, og det er stor mulighet for at Erik følte på sinne over å bli tvangsinnlagt mot sin vilje, eller sinne og motstand rettet mot personalet grunnet deres manglende inntoning. Det er altså en mulighet for at Erik i utgangspunktet ikke var aggressiv, men redd eller sint, og ikke fikk noen bekreftelse fra personalet på sine følelser. Bjørkly (1997) definerer, som nevnt i teorien, aggresjon som atferd innrettet på å skade en annen person. Trusler er ikke inkludert i denne definisjonen, og Erik var derfor etter definisjon ikke aggressiv da han ankom avdelingen. Likevel var beltelegging allerede bestemt. Bjørkly (1997) vektlegger viktigheten av å kunne skille mellom sinne og aggresjon i behandlingen av pasienter med aggressiv atferd. Det er i denne sammenheng vesentlig at personalet har den samme forståelsen av hva sinne, aggresjon og vold er. Forståelsen for aggresjon var i denne situasjonen tilsynelatende lik hos personalet, men dersom jeg forstår aggresjon gjennom Bjørklis definisjon hadde personalet en felles gal oppfatning av aggresjon i dette tilfellet.

Tvang og makt som miljøterapeutisk tilnærming var det eneste som var i fokus i denne samhandlingen slik jeg ser det. Bruk av tvang skal, som nevnt i teoridelen, være siste utvei. Alle andre midler skal være forsøkt før man tyr til et så drastisk steg som en beltelegging, og i denne situasjonen ble det ikke benyttet gode miljøterapeutiske tilnærminger, som gitt i eksempel i 4.2. Dette er helt klart bruk av unødig tvang og misbruk av makt. Tvangsbruken blir ikke lenger utført i nødverge eller som en siste utvei, men som forebyggende tiltak. Erik vil derfor trolig kunne se på belteleggingen som straff.

Det er mulig at Erik likevel ville tydd til aggressiv atferd uavhengig av om personalet utførte gode eller dårlige miljøterapeutiske tilnærminger i situasjonen. Kanskje var Erik så ruset eller psykotisk at han var helt utilgjengelig for kommunikasjon og inntoning? Dette kan være realiteten i møtet med aggressive pasienter og derfor viktig å ha med seg med tanke på risiko og det å være forberedt på aggressive episoder. Bjørkly (forelesning 16.mars 2012) angir to løsninger i situasjoner hvor det er høy risiko for at en pasient vil ty til aggressiv atferd. Den ene er å trekke seg ut av situasjonen, som absolutt kunne vært en løsning med Erik siden det var et ønske han selv ytret. Den andre løsningen er å ta

personen med makt og ”ufarliggjøre” vedkommende, ved for eksempel bruk av belteseng, som i dette tilfellet. Jeg synes det er viktig å få med at tvang og makt kan være nødvendige, og til tider også positive, miljøterapeutiske tilnærminger i behandlingen av pasienter med risiko for aggressiv atferd, slik som med Erik. Det er når dette blir det eneste fokuset, og pasienten blir glemt, at den dårlige miljøterapeutiske tilnærmingen kommer til syne.

Erik ble liggende i belter i nesten to døgn etter innleggelsen, og det kan ikke beskrives som annet enn omfattende maktmisbruk. Han ble av nattevaktene beskrevet som rolig og samarbeidsvillig, men ble likevel ikke sluppet opp av beltene grunnet legesamtalen som skulle finne sted senere på dagen. Personalet og legen hadde allerede gjort seg opp en mening om at han trolig ville utagere i samtalen. Nok en gang ble tvang og makt benyttet som forebyggende tiltak. Erik reagerte med høylytte verbale trusler under legesamtalen, og ble holdt i belter til neste dag.

4.4 Erik slår hull i veggen

I den andre situasjonen som er beskrevet i empirien jobbet jeg i en avdeling hvor pasientene var innlagt over lengre tid. Hverdagen i avdelingen var preget av struktur og forutsigbarhet i form av blant annet velkjente husregler for pasientene og utarbeiding av ukeplaner som de selv var ansvarlig for. Ukeplanene skrev pasientene uken i forkant, og planla sine aktiviteter i samarbeid med personalet for uken som skulle komme.

Forutsigbarhet og trygge rammer i form av struktur er ifølge Vatne (2006) sentralt i en miljøterapeutisk tilnærming. I avdelingen var det også fokus på brukermedvirkning, og pasientene fikk økt frihet etter hvert som de viste at de kunne ta ansvar og fulgte avtaler. Som miljøterapeutisk tilnærming var dette viktig også med tanke på relasjonen mellom pasienter og personal. Det bidro til å øke tilliten og respekten dem i mellom. En slik gjensidighet i relasjonen vil ifølge selvspsykologien bidra til å styrke selvet (Karterud og Monsen 2005).

Erik hadde tidvis problemer med å forholde seg til avtaler og regler, og var ikke kommet så langt i behandlingen at han fikk utgang alene. Han var også svært impulsiv, og hadde problemer med å planlegge frem i tid når han skulle skrive ukeplan. Denne aktuelle dagen kom han plutselig på at han måtte hente et brev i posten hjemme, og ville derfor ha

permisjon med utgang alene i det formål. I samtalen fikk han avslag på ønsket med begrunnelse i at det ikke stod på ukeplanen, og at han heller ikke hadde utgang uten følge. Erik brølte og stormet så mot rommet sitt. Han var tydelig sint, men ikke aggressiv. Utenfor rommet slo han plutselig neven så hardt i veggen at det ble hull. Tre personal som satt i fellesarealet like ved rommet gikk mot han og ba han roe seg ned. Grensesetting ble utført med en tilsynelatende irritabel undertone som Erik trolig fanget opp. Erik kom dem i møte og slo mot det ene personalet med intensjon om å treffe. Sinnet gikk i dette øyeblikket over i aggresjon, da han hadde en målrettet intensjon om å skade personalet fysisk.

Av erfaring visste personalet at Erik hadde en sårbarhet for aggresjon når det kom til avslag på ønsker, grensesetting og negative holdninger fra personalet. De burde derfor visst at de økte risikoen for en fysisk utagering idet de grensesatte han i denne situasjonen. Dersom Erik hadde fått ”rase fra seg” og så gått på rommet, er det stor sannsynlighet for at han ikke hadde slått etter personalet. Samtidig kan man ikke tolerere at pasienter får utløp for sinne og frustrasjon gjennom materielle ødeleggelser i avdelingen. Erik hadde ikke et adekvat uttrykk for sinne, og det var dette personalet grensesatte han på. Inntoningens deres i selve grensesettingen var derimot ikke god nok, da de utstrålte irritasjon i tilnærmingen. Samtidig var det en automatisk reaksjon fra personalet som trolig var vanskelig å gjøre noe med der og da. Motstand, i denne situasjonen i form av aggresjon, kan ifølge selvsykologien være et signal om at personalet har sviktet. Selvsykologien legger vekt på en nøytral holdning overfor pasienten basert på varme, vennlighet og omsorg. Hvis pasienten blir møtt med en kunstig, kjølig og reservert holdning kan han oppleve det som krenkende (Karterud og Monsen 2005). Holdningen til personalet i grensesettingen av Erik kan altså ha gitt han følelsen av å bli krenket. Selvsykologien vektlegger tilnærminger som er preget av forsøk på å forstå hva slags tilstand pasienten til enhver tid befinner seg i. Det er viktig å få tak i følelsene til pasienten, og hvilke motivasjonelle mål som er dominerende. En slik tilnærming vil kunne medvirke til at pasienten får en opplevelse av sammenheng, mening og vitalitet (Karterud og Monsen 2005). Erik opplevde trolig en empatisk svikt hos personalet i denne situasjonen. Ifølge selvsykologien er det aldri for sent å inntone seg, og personalet kunne derfor ha benyttet den empatiske svikten som Erik opplevde og ta den med seg i en ettersamtale. En slik samtale i etterkant av en hendelse kan gi personalet mulighet til å benytte miljøterapeutiske tilnærminger som varme, tillit og

omsorg for å bearbeide den empatiske svikten og inntone seg adekvat. Dette kommer jeg tilbake til i 4.5.

Personalet unngikk å bli truffet av slaget fra Erik, og la ham i bakken med makt. De holdt han mot bakken til Erik ikke lenger forsøkte å komme seg løs. Underveis i situasjonen kommuniserte de med han på en rolig og kontrollert måte. Når Erik lå rolig spurte personalet om de kunne slippe han opp slik at han kunne gå til rommet sitt, eller om det var nødvendig å ta i bruk beltesengen. Erik svarte at han ville gå på rommet. Personalet slapp han og Erik løp inn på rommet og smelte igjen døren. I denne situasjonen gav personalet Erik to alternative løsninger. Han ble dermed delaktig i avgjørelsen, og ansvarliggjort for hvilket utfall situasjonen skulle få. Som nevnt tidligere vil et slikt samspill mellom pasient og personal kunne bidra til å styrke selvet, og er derfor svært viktig innenfor selvpsykologien og en miljøterapeutisk tilnærming.

Personalet inkluderte Erik i avgjørelsen om å slippe han, og gjorde han medvirkende i situasjonen. Ifølge Vatne (2003) er medvirkning å ta sjanser. I det personalet slapp Erik oppstod det en risiko for at han ville utagere på nytt, men å ta slike sjanser skaper også nye muligheter. Ifølge Vatne (2003) kreves det mot å ta sjanser, og vilje til å tenke annerledes. Samtidig er det sjanser og alternative tenkemåter som gir pasientene mulighet å erfare andre hjelperelasjoner, og personalet utvikler samhandlingskompetanse med krevende pasienter. Brukermedvirkning er derfor helt sentralt som miljøterapeutisk tilnærming.

4.5 Ettersamtalen

Erik fikk være i fred på rommet en stund før personalet som hadde lagt han i bakken banket på døren hans og gikk inn. Han satt i sengen, og uttalte i det samme de kom inn at de bare kunne komme med den ”helvetes” beltesengen. Det var tydelig en reel forventning at han skulle beltelegges, selv om den aggressive episoden var over. Personalet avviste at han skulle i belter, og spurte om de kunne få en samtale med han hvor de gikk gjennom hva som akkurat hadde skjedd. Personalet begynte med å beklage overfor pasienten måten de hadde reagert på, og innrømmet at de hadde sviktet i sin tilnærming i situasjonen. Denne beklagelsen gjorde at Erik endret holdning fra å være avvisende i samtalen til å oppleves mer interessert i hva personalet hadde å si. Kanskje skyldtes denne endringen at

personalet inntonet seg adekvat overfor Erik, og at han følte at han ble lyttet til? Personalet lot Erik fortelle sin versjon av det som hadde hendt, og at han reagerte med aggresjon på grensesettingen. Nok en gang fikk de bekreftet at dette var en sårbar situasjon for Erik. Personalet spurte derfor Erik om alternative løsninger dersom en lignende situasjon oppstod. Han hadde ikke svar på dette, men ville tenke over det til senere. Ifølge Vatne (2003) krever gode dialoger at personalet setter av tid samtidig som de blir mindre handlingsorienterte. En samtale i etterkant av en hendelse, slik som denne, vil gi rom for perspektivutvidelse. Forhåpentligvis lærte både personalet og Erik noe av denne samtalen som utvidet deres perspektiv, både i situasjonen og i samhandling generelt.

Etter at personalet var ferdig å prate med Erik gikk jeg inn for å snakke med han. Personalet fortalte meg i det de kom ut at Erik trodde han skulle i belter, og jeg stilte meg undrende overfor Erik hvorfor han trodde det. Han svarte at han alltid hadde blitt beltelagt etter utageringer. I samtalen som fulgte benyttet jeg den gode relasjonen til Erik for alt den var verdt. Erik hadde fått en formening om at han og jeg var like, og han identifiserte seg ofte med meg både i utseende og verdier. Denne alter-ego selvobjektsoverføringen lot jeg han dyrke i relasjonen vår. I et selvpsykologisk perspektiv anbefales det at behandleren godtar selvobjektsoverføringer siden dette er et behov pasienten har i øyeblikket (Karterud og Monsen 2005). I samtalen gikk vi gjennom hendelsen steg for steg. Dette gav meg mulighet til å få en forståelse av hvorfor han hadde reagerte som han gjorde. Jeg benyttet meg av den gode relasjonen og gikk inn for å være et speilende selvobjekt for ham ved å forklare ham hvorfor han ikke kunne uttrykke sinne og frustrasjon på en slik uadekvat måte i avdelingen. Erik gav uttrykk for at han forstod det jeg formidlet, og ville forsøke å kontrollere sinnet sitt neste gang en lignende situasjon oppstod. Videre benyttet jeg kunnskapen jeg tilegnet meg gjennom videreutdanningen i voldsrisikohåndtering- og vurdering. I denne utdanningen er det lagt vekt på kognitive metoder for å lære pasienter å kontrollere egen aggresjon. Jeg tilegnet meg derfor en ekspertrolle overfor Erik i form av et speilende selvobjekt, og utnyttet derved det at han så opp til meg. Jeg forklarte kort hva kognitive metoder gikk ut på, og at dette var noe han med fordel kunne bruke for å lære å håndtere eget sinne og aggresjon. Vi avsluttet med at jeg oppsummerte innholdet i samtalen, og stilte meg spørrende overfor Erik om det jeg oppsummerte var riktig forstått. På denne måten fikk Erik mulighet til å bekrefte, avvise, korrigere eller utfylle egne tanker og følelser. Ifølge Karterud og Monsen (2005) er det i selvpsykologien viktig å finne ut av

pasientens følelser og opplevelser gjennom en aktiv deltagelse i en terapeutisk dialog. En ettersamtale kan skape rom for å oppnå en slik forståelse.

5.0 Sammendrag og konklusjon

Erik hadde som nevnt gjentatte utageringer i den første avdelingen, mens i den andre avdelingen ble de aggressive episodene redusert betydelig, og det kunne gå svært lang tid mellom hver utagering. Dette førte videre til at bruken av makt og tvang i den sistnevnte avdelingen ble redusert betraktelig. Når jeg sammenligner de to situasjonene, er det tydelig at han i den første avdelingen ikke ble møtt empatisk og med adekvat inntoning. Personalet forsøkte heller ikke å rette opp situasjonen i etterkant. Erik følte trolig på avmakt og krenkelse, og hadde ingen muligheter for sunn selvhverdelse. I den andre situasjonen opplevde han å bli møtt med irritasjon, men denne gangen ble det gjort forsøk på ny inntoning i etterkant av situasjonen. Personalet benyttet en ettersamtale hvor Erik fikk oppleve å bli møtt med omsorg, varme og tillit. Dette førte trolig til at han opplevde seg sett og forstått, og det gav både Erik og personalet mulighet for perspektivutvidelse.

Empati og inntoning er selve ”grunnmuren” i selvspsykologi, og essensielt å ha med seg i en miljøterapeutisk tilnærming. Uten empati og adekvat inntoning, slik som i den første situasjonen i empirien, vil trolig personalet oppleve flere aggressive episoder og benytte makt og tvang i større grad. I den andre situasjonen fikk Erik opplevelsen av å bli lyttet til. Ifølge Vatne (2003) er det viktig å være utholdende i utfordrende situasjoner og lytte selv om vedkommende kommuniserer med uttrykk som frustrasjon og sinne. Når personalet klarer å vise at de bryr seg om pasientens opplevelser og følelser gir de verdighet til hans oppfatninger og person. Vatne (2003) hevder at det å tilskrive pasienten en slik verdighet vil styrke selvet, dempe motstand og øke pasientens mestringsevne. Kort sammenfattet vil altså gode miljøterapeutiske tilnærminger preget av adekvat inntoning og empati trolig bidra til å redusere bruk av makt.

I behandlingen av pasienter med aggresjonsproblematikk vil det alltid være noen vi ikke klarer å inntone oss til. Vår forforståelse av pasienten kan prege kommunikasjonen i en slik grad at vi ikke klarer å være empatisk overfor pasienten selv om vi forsøker aldri så mye å fremtre med en aksepterende holdning. Våre holdninger sitter dypt i oss, og dette kan være utfordrende i samhandling og kommunikasjon med pasientene. Det er derfor svært viktig å se seg selv fra utsiden, reflektere over egne holdninger og prøve å se personen bak handlingene for å klare å inntone oss og dermed oppleves empatisk.

Selvpsykologien er i liten grad handlingsorientert med tanke på for eksempel strategier for å redusere aggresjon. Dette kan rettes som kritikk til selvpsykologien, i tillegg til at det som nevnt ikke er alle vi klarer å inntone oss til. En kombinasjon av selvpsykologi og kognitiv terapi i arbeidet med utagerende pasienter, sammen med gode miljøterapeutiske tilnærminger, tror jeg kan bidra til færre aggressive episoder. Personalet ville da hatt fokus på inntoning og empati for å styrke pasientens selvsammenheng, og pasienten selv kunne benyttet strategier innenfor kognitiv terapi for å lære seg å redusere aggressiv atferd. På sikt ville en slik behandling trolig redusert bruk av makt og tvang overfor pasienter med aggresjonsproblematikk. Dette kunne vært et spennende område for videre forskning.

Videre kunne det vært interessant å undersøke nærmere hvordan tvangsbruk påvirker pasientene ved innleggelse og under behandling, og deres opplevelse av å bli utsatt for tvang. Den store forskjellen på makt og tvangsbruk i avdelinger, sykehus og helseforetak kunne også vært en interessant innfallsvinkel for videre forskning.

6.0 Referanser

Bøker:

- Bjørkly, Stål. 1997. *Aggresjon og vold – teori, analyse og terapi*.
- Bjørkly, Stål. 2001. *Aggresjonens psykologi. Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen. 2001. *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ingeberg, Mette Holme, Dag Willy Tallaksen og Børge Eide. 2006. *Mentale knagger. En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe AS.
- Karterud, Sigmund og Jon T Monsen. 2005. *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norvoll, Reidun. 2007. *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver –en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2006. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vatne, Solfrid. 2003. *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vatne, Solfrid. 2006. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Artikler:

- Svindseth, Marit, Alv Dahl og Trond Hatling. 2007. Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic Journal of Psychiatry*. 61 (1): 47-53.

Lover:

- Psykisk helsevernloven. 1999, sist endret 2012. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html (Lest 07.03.2012).

Elektroniske dokumenter:

Tvangsforsk. 2008. Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. *Tema: Forskning*. www.tvangsforskning.no/forskning (Lest 09.04.2012).